

Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för Vård

NUTRITION - LÄTT SOM EN PLÄTT?

– en enkätstudie om vikten av god nutrition inom vården

Heidi Hermansson, Linda Sandqvist



Datum för publicering: 27.05.2016
Handledare: Erika Boman

EXAMENSARBETE

Högskolan på Åland

Utbildningsprogram:	Vård
Författare:	Heidi Hermansson, Linda Sandqvist
Arbetets namn:	Nutrition – lätt som en plätt? - en enkätstudie om vikten av god nutrition inom vården
Handledare:	Erika Boman
Uppdragsgivare:	

Abstrakt

Bakgrund: Gott närings- och energiintag är grundläggande för god hälsa. Det kan dock vara extra viktigt med ett optimalt näringsintag för äldre och sjuka personer, då de drabbas lättare av undernäring om näringstillförseln är bristfällig. I hälso- och sjukvårdslagen beskrivs omvårdnadspersonalens skyldigheter för att främja en god hälsa samt upprätthålla och utveckla sin yrkeskompetens. Med hjälp av ett gott samarbete mellan professionerna och med stöd av omvårdnadsprocessen kan en god nutritionsstatus upprätthållas.

Syfte: Syftet med arbetet var att beskriva omvårdnadspersonalens uppfattning om hur omvårdnadsprocessen tillämpas samt ansvarsfrågor och kunskapsbehov i relation till nutritionsfrågor.

Design och metod: Studien är en kvantitativ deskriptiv tvärsnittsstudie och resultatet bygger på en enkätundersökning baserad på sjukskötare och närvårdares uppfattning om nutritionsfrågor inom Ålands hälso- och sjukvård (n= 61).

Resultat: Resultatet visar brister i riktlinjer, ansvar samt kunskap angående nutritionsfrågor.

Slutsats: Forskning visar att det behövs tydliga riktlinjer och kunskap samt att nutrition prioriteras för att säkerställa en god patientvård. För att kunna implementera detta i den dagliga verksamheten krävs att sjukhusledningen tar det övergripande ansvaret för att skapa optimal miljö för sjukhuspersonalen samt att säkerställa att personalen har den kunskap som krävs för att kunna ge patienten den adekvata nutritionsvård de är berättigade till.

Nyckelord (sökord)

Nutrition, bedömning, ansvar

Högskolans serienummer:	ISSN:	Språk:	Sidantal:
2016:19	1458-1531	Svenska	44

Inlämningsdatum:	Presentationsdatum:	Datum för godkännande:
27.05.2016	24.05.2016	26.05.2016

DEGREE THESIS

Åland University of Applied Sciences

Study program:	Health and Caring science
Author:	Heidi Hermansson, Linda Sandqvist
Title:	Nutrition - a Piece of Cake? - A Survey on the Importance of Good Nutrition in Healthcare
Academic Supervisor:	Erika Boman
Technical Supervisor:	

Abstract

Background: Good nutrient and energy intake is essential for good health. However, it may be extra important with optimal nutrition for the elderly and sick people, since they suffer more easily from malnutrition. The Health Care Act describes nursing staff's obligations to promote good health and maintain and develop their professional skills. With the help of a good cooperation between the professions and with the support of the nursing process good nutritional status can be maintained.

Aim: The aim of this work was to describe the nursing staff's perception of how the nursing process is applied, as well as questions of responsibility and knowledge needed in relation to nutrition issues.

Design and Methods: The study is a quantitative descriptive cross-sectional study and the results are based on a survey based on nurses' and assistant nurses' understanding of nutrition issues in the Åland health care (n = 61).

Results: The results show deficiencies in guidelines, responsibility and knowledge of nutrition issues.

Conclusion: Research shows that the need for clear guidelines, knowledge, and prioritization of nutrition to ensure good patient care. To implement this in the daily activities it is required that the hospital management takes the overall responsibility for creating the optimal environment for hospital staff, and ensures that staff have the knowledge required in order to give the patient the appropriate nutritional care they are entitled to.

Key words

Nutrition, assessment, responsibility

Serial number:	ISSN:	Language:	Number of pages:
2016:19	1458-1531	Swedish	44

Handed in:	Date of presentation:	Approved on:
27.05.2016	24.05.2016	26.05.2016

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING.....	5
1.1 Bakgrund	5
1.1.1 Övergripande ansvar för nutrition inom hälso- och sjukvården	7
1.1.2 Omvårdnadsprocessen som teoretisk referensram	9
1.2 Problemformulering	12
1.3 Syfte	12
2. METOD	13
2.1 Datainsamling och urval.....	13
2.1.1 Frågeformulär	13
2.3 Analys.....	14
2.4 Etiska överväganden	14
3. RESULTAT	15
3.1 Ansvar för nutritionsfrågor.....	17
3.2 Delaktig i insatser gällande patienternas nutrition	19
3.2.1 Bedömning och planering.....	19
3.2.2 Genomförande	21
3.2.3 Resultat, utvärdering, dokumentation och överrapportering	24
3.2.4 Behov av fortbildning.....	25
4. DISKUSSION.....	26
4.1 Resultatdiskussion.....	26
4.2 Metoddiskussion.....	31
4.2.1 Bortfall.....	31
4.2.2 Frågeformulärets utformning.....	31
4.2.3 Svarsbearbetning	33
4.3 Slutsats	33
REFERENSER	35
Bilaga 1	

1. INLEDNING

Som blivande sjukskötare har vårt intresse för ämnet nutrition väckts under studietiden då vi har insett betydelsen av god näringstillförsel. Enligt forskning finns det dock en allmän uppfattning om att nutritionsfrågor prioriteras lägre än andra omvårdnadsuppgifter inom vården (Fletcher & Carey, 2011). Detta kan vara en anledning till att nästan hälften av alla sjukhuspatienter i Finland är undernärda (Statens näringsdelegation, 2012). Undernäring kan leda till längre sjukhusvistelse, längre rehabilitering, försämrad livskvalitet som ger ett ökat lidande för patienten och onödiga kostnader för hälso- och sjukvård (Europarådet, 2003). För att främja en god nutritionsstatus är det väsentligt att beakta allt från ätandeprocessen, förmågan till näringsupptag och ämnesomsättning till måltidens betydelse samt även att beakta måltidsmiljön, det vill säga beakta hela omvårdnadsprocessen gällande nutrition. Nutrition innebär alltså både näring och näringstillförsel (Socialstyrelsen, 2011; Westergren, 2009). Näringstillförsel betyder att tillföra näring, d.v.s. energi och näringsämnen för att tillgodose patientens energi- och näringsbehov på bästa möjliga sätt (Socialstyrelsen, 2011). Hälso- och sjukvårdslagen beskriver sjukskötarens ansvar att t.ex. främja hälsa och förebygga sjukdomar samt upprätthålla kompetensen (Finlands Riksdag, 1994). Inom Ålands hälso- och sjukvård pågår ett nutritionsprojekt med syfte att främja patienternas nutritionsstatus framförallt med inriktning på att förebygga och behandla undernäring. Inom ramarna för projektet har ett frågeformulär delats ut vid en frivillig nutritionsföreläsning till personal gällande strukturering av arbetet med nutritionsfrågor samt kunskap och behov av eventuell utbildning gällande nutrition. Vi kommer i detta arbete sammanställa sjukskötarens och närvårdarnas svar.

1.1 Bakgrund

Människan behöver de näringsämnen som finns i mat för att tillgodose de grundläggande fysiologiska behoven (Skolin, 2010). Statens näringsdelegation ger ut de finska näringsrekommendationerna som baserar sig på de nordiska rekommendationerna och stödjer sig på en gedigen vetenskaplig forskning inom området (Statens näringsdelegation, 2014). Tyngdpunkten i de nya näringsrekommendationerna från 2014 är en hälsofrämjande kost som helhet. En kosttriangel har tagits fram för att underlätta intaget av en hälsofrämjande kost och tallriksmodellen kan användas som hjälpmedel. I toppen av triangeln är sådan mat som sällan

ska ätas, t.ex. korv, läsk, kakor m.m. I botten på triangeln är mat som borde intas dagligen, så som grönsaker, bär och frukt. Däremellan finns de födoämnen som behövs för en hälsofrämjande kost såsom kött, fisk med fler (Statens näringsdelegation, 2014). Dessa rekommendationer har framställts för den friska måttligt fysiskt aktiva människan men är även tillämpbara för personer med typ 2 diabetes samt personer med högt blodtryck och förhöjt blodfettsvärde. Målsättningen med hälsofrämjande kost är för att förbättra finländarnas kost och främja en bättre hälsa (Statens näringsdelegation, 2014).

Gott närings- och energiintag är grundläggande för god hälsa. Det kan dock vara extra viktigt med ett optimalt näringsintag för äldre och sjuka personer. Äldre och sjuka drabbas lättare av undernäring om näringstillförseln är bristfällig eller näringsintaget är för litet. Även medicinering kan påverka negativt på näringsintaget (Lindh & Sahlqvist, 2012; Statens näringsdelegation, 2012). Vidare är hög energiåtgång och energiförlust vid sjukdom vanliga orsaker till undernäring. Detta kan ha sjukdomsrelaterade orsaker så som stroke, ALS (amyotrofisk lateral skleros), MS (multipel skleros), infektioner, cancer och mag-tarmsjukdomar som ökar risken för komplikationer så som t.ex. trycksår, fallrisk, försämrat immunförsvar och apati. Vid sjukdom kan det behövas berikning av vissa näringsämnen, intag av speciella födoämnen och kosttillskott (Statens näringsdelegation, 2005; Statens näringsdelegation, 2014). Inom vård och omsorg har sjukskötare ett utmärkt läge att identifiera och vårda patienter som löper risk för undernäring då de är nära patienten i det dagliga arbetet (Lindh & Sahlqvist, 2012; Meehan, Loose, Bell, Partridge, Nelson & Goates, 2016; Jefferies, Johnson, & Ravens, 2011).

För människan som är frisk är det naturligt att äta och dricka alla dagar och att kunna välja själva när, var och med vilka maten intas. Även att kunna styra över hur mycket och vad vi vill äta samt hur maten ska vara tillagad är viktigt. Mat ger oss både näring och en känsla av välbehag men det är även ett sätt att vara social samt ger en struktur/rutin under dagen. När människan blir sjuk och måste läggas in på sjukhus försvinner alla dagliga rutiner och att kunna styra över dem själv. På sjukhus är valmöjligheterna ofta begränsade och patienterna får äta det som bjuds. Kosten har en stor betydelse för hälsa och tillfrisknande och det är en utmaning för sjukvården att servera en välsmakande och individuellt anpassad kost som patienterna tycker om, samt klarar av att äta upp, oberoende av ålder, sjukdom eller

behandling. Det optimala skulle vara om patienterna själva kunde välja när och vad de vill äta, då maten inte får någon effekt om den inte äts upp. För patienter som vårdas länge på sjukhus är det viktigt att maten är omväxlande och för de patienterna med speciella levnadsvanor, t.ex. veganer och vegetarianer behöver även deras behov tillgodoses (Klinge Härberg & Halvardson Rensfelt, 2012)

Patientens nutritionsstatus påverkas inte bara av vad som serveras, dvs. att ätandet styrs av olika fysiologiska, psykologiska, sociala och kulturella faktorer. Fysiologiska signaler går från mun och mag-tarmkanalen till hjärnan och styr vår hunger och mättnadskänsla. Brister i det fysiologiska systemet som påverkar ätandet kan vara minskad salivmängd, svårighet att föra maten till munnen samt oförmåga att tugga. Även psykologiska och sociala faktorer kan påverka aptiten negativt, t.ex. stress, nedstämdhet, ensamhet och/ eller dåliga ekonomiska förutsättningar till att köpa mat. Vidare kan kulturella faktorer inverka, så som att maten som serveras på sjukhus inte är den mat som patienten vanligtvis äter eller inte är tillagad på rätt sätt enligt religion (Skolin, 2010; Lindh & Sahlqvist, 2012). Då sjukskötare och patienter tillhör olika kulturer finns det risk för att det blir kulturella missförstånd som påverkar relationen mellan dem negativt (Sidumo, Ehlers, & Hatting, 2010). Även måltidsmiljön kan påverka ätandet. Det är av stor vikt att sjukhusmiljön är trevlig att äta i, dvs. sådant som kan påverka aptiten negativt och inte hör hemma vid måltidssituationer bör tas bort (Jefferies, et al., 2011). Det är viktigt att omvårdnadspersonal har kunskap och kännedom om dessa faktorer som kan inverka på patientens nutrition och ätande (Skolin, 2010; Lindh & Sahlqvist, 2012). Det är också viktigt att det finns tydliga ansvarsområden så att all omvårdnadspersonal har tydliga direktiv och är delaktig i processen (Rothenberg, 2015).

1.1.1 Övergripande ansvar för nutrition inom hälso- och sjukvården

Främjande av en god nutritionsstatus är en viktig del av hälso- och sjukvården. I lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården i Finland (FFS 559/1994) liksom i den internationella etiska koden för sjukskötare (Munk, 2014) beskrivs de yrkesetiska skyldigheterna: att upprätthålla och främja hälsa, förebygga sjukdomar samt bota och lindra patientens lidande. Enligt Ålands hälso- och sjukvårdslag (2011:114) är en del av sjukvårdens uppgifter att förbättra patientsäkerheten och kvaliteten på sjukvårdstjänsterna. Vidare är personal inom hälso- och sjukvården skyldig att upprätthålla och utveckla sin

yrkeskompetens. Det är därför viktigt att sjukskötaren reflekterar över sin kompetens samt behov av fortbildning. Dessutom skall arbetsgivaren göra det möjligt för yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården att fortbilda sig (Ålands lagsamling, 2012; Finlands Riksdag, 1994).

Arbetet för ett gott nutritionsomhändertagande inom sjukvården bygger på ett tvärprofessionellt samarbete där olika yrkesgrupper bidrar med kunskap från sina olika områden. Organisationsledningen har det konkreta ansvaret för patientsäkerheten samt för att framhålla vikten av patientsäkerheten i alla verksamheter och säkerställa att arbetsförhållandena är sådana att vården kan garantera att den ges på ett säkert och rätt sätt (Social- och hälsovårdsministeriet, 2009). De tre centrala professionerna när det gäller nutritionsfrågor är läkare, sjukskötare och dietister. Även andra yrkesgrupper t.ex. arbetsterapeut, kostchef, logoped och tandläkare kan bidra med kunskap som kan vara av betydelse (Rothenberg, 2015).

Lokalt på Åland inom Ålands hälso- och sjukvård har sjukskötaren tillsammans med läkaren ansvaret att bedöma och utreda patienternas nutritionsstatus (Granfors, 2015). Det övergripande medicinska ansvaret har läkaren som tar ställning till om det finns medicinska orsaker till nutritionsproblem som behöver undersökas och/eller kan förebyggas/behandlas genom medicinsk behandling. Sjukskötaren ansvarar för att identifiera och riskbedöma nutritionsproblem och för att dokumentera samt följa upp nutritionsstatus. Tillsammans med övrig omvårdnadspersonal ansvarar sjukskötaren för åtstödjande åtgärder och att dessa genomförs och utvärderas samt även att maten serveras på ett tilltalande sätt som gör att patienten vill äta. Vid behov kan även dietist konsulteras (Granfors, 2015).

Vid omvårdnad gällande nutritionsfrågor ska omvårdnadspersonalen samtala med patient och närstående och förklara och resonera kring risker och åtgärder för att förebygga och behandla undernäring. Som omvårdnadspersonal är det viktigt att vara lyhörd för den enskilda patienten och hans individuella behov och önskningar, vilket är en förutsättning för att nå ett gott resultat av de insatta åtgärderna. Sjukskötarens kompetens innefattar att arbeta tvärprofessionellt, personcentrerat, evidensbaserat samt hälsofrämjande (Edlund & Forsberg,

2013). Sjukskötarens ansvar för patientens nutritionsstatus kan vara behjälplig av omvårdnadsprocessens steg (Rothenberg, 2015; Europarådet, 2003; Socialstyrelsen, 2011).

1.1.2 Omvårdnadsprocessen som teoretisk referensram

Omvårdnad beskrevs som en process redan på 1950-talet och teorin utvecklades ytterligare 1967 då fyra faser beskrev omvårdnadsprocessen: bedömning, planering, genomförande och utvärdering/resultat. På 1970-talet tillkom den diagnostiska fasen till processen och är sedan dess en omvårdnadsprocess med fem steg. Processen används idag internationellt av sjukskötare inom omvårdnadsarbetet och är en problemlösningssmodell för att tillgodose patientens behov av omvårdnad. Syftet med omvårdnadsprocessen är att ge patienten god och säker vård, hjälpa patienten att ta del i sin egenvård samt informera all personal om patientens omvårdnadsbehov. Den utgör en referensram för att planera och genomföra en individuellt anpassad omvårdnad (Ehnfors, Ehrenberg, & Thorell-Ekstrand, 2013; Florin, 2009). Dock finns det omständigheter som kan påverka utgången i omvårdnadsprocessen och dessa kan vara: kunskapsnivån hos sjukskötaren, hur ny information tas emot och bearbetas, erfarenhet, sjukskötarens personlighet samt själva problemets svårighetsgrad (Hamers, Huijter Abu-Saad, & Halfens, 1994).

Det första steget i omvårdnadsprocessen är att genomföra en *bedömning*. Bedömning kan genomföras genom att intervjua patienten och/eller anhöriga, observera och utföra olika undersökningar, läsa journalanteckningar angående tiden före vårdtillfället samt beakta patientens aktuella status (Björvell, 2015). Sjukskötaren kan med hjälp av sin kreativa och kritiska bedömning samt sin yrkeskunskap dra slutsatser om vilka eventuella omvårdsåtgärder som behöver sättas in (Kirkevold, 1994).

I en första bedömning av patientens nutritionsstatus rekommenderas registrering av patientens vikt, bedömning av viktutveckling samt längd. Dessa mått är utgångspunkten för alla bedömningsverktyg, t.ex. *BMI* (Body Mass Index) (Lindh & Sahlqvist, 2012). Även olika typer av skattningsskalor kan användas. *MNA* (Mini Nutritional Assessment) är ett redskap som tillämpas främst hos äldre. I bedömningen beaktas viktförlust, BMI, neuropsykologiska problem, förändrat matintag och fysisk förmåga. I resultatet av bedömningen framgår om patienten är undernärmd eller i riskzon (Nestlé Nutrition Institute, 2013). *SGA* (Subjective

Global Assessment of Nutritional status) är ett hjälpmedel för att skatta vuxna sjukhusvårdade patienter och innefattar diagnos och förhållandet till den metabola påverkan, förlust av subkutan fett, förlorad muskelmassa, ödem och ascites. Även gastrointestinala besvär, funktionell kapacitet och viktutveckling bedöms (Baker, Detsky, Mendelson, Wolman, Wesson, Jeejeebhoy, 1984). *NRS 2002* (Nutritional Risk Screening) används främst inom akutsjukvården och består av ett tvådelat test med en inledande bedömning och en slutbedömning. Testet baseras på en poängskala där BMI, viktnedgång, minskat kostintag, patientens ålder samt sjukdomens svårighetsgrad beräknas (Kondrup, Højgaard Rasmussen, Hamberg, & Stanga, 2003; Lindh & Sahlqvist, 2012). Då problem föreligger kan ytterligare bedömning krävas då svårigheterna bedöms i samråd med logoped med undersökning av matstrupe och sväljningsfunktioner samt laboratorieprover (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Inom ÅHS ska, i enlighet med rådande riktlinjer, en nutritionsbedömning genomföras på alla inneliggande patienter. En basal bedömning baseras på vikt och längd, en anamnes utgående från patientens vikthistoria där det bl.a. tas upp om patienten har gått ner i vikt nyligen och hur mycket, viktförlust och förekomsten av ätsvårigheter. Då födointag bedöms genomförs bedömning av patientens munstatus samt tugg- och/eller sväljsvårigheter, aptitlöshet, muntorrhet, smärta, orkeslöshet och motoriska problem beaktas. Det konstateras att det är viktigt att en individuell bedömning av patienten görs och om en patient uppfyller en eller flera riskfaktorer bör detta lyftas fram specifikt i omvårdnadsplanen (Granfors, 2015).

Nästa steg i omvårdnadsprocessen är att upprätta en plan. I omvårdnadsplanen beaktas patientens behov, risker och resurser (Florin, 2009). Vidare rekommenderas att en omvårdnadsdiagnos formuleras som stöd för omvårdnadsåtgärder för att hjälpa sjukskötaren att tyda situationen och förutsäga framtida effekter (Kirkevold, 1994). Enligt riktlinjer inom ÅHS upprättas en specifik *omvårdnadsplan* för patienter med undernäring eller i riskzon och bör innehålla diagnos, mål, planerad och ordinerad nutritionsbehandling samt ätstödjande åtgärder. Denna omvårdnadsplan ska göras tillsammans med patient, sjukskötare och läkare, ibland även en dietist. I omvårdnadsplanen är det viktigt att veta vilka mått som ska följas upp och hur ofta, t.ex. vikt, ätsvårigheter och laboratorieprover. Då en omvårdnadsplan som stödjer adekvat nutritionsvård är upprättad, innan en nutritionsbedömning utförs, ökar patientens chans att få den vård som krävs. Genom detta minskar risken för att

nutritionsbedömningens resultat undervärderas (Green , James, Latter, Sutcliffet, & Fader, 2014).

Nästa steg i omvårdnadsprocessen är genomförande av omvårdnadsåtgärder. Det är viktigt att sjukskötarna *genomför* lämpliga interventioner. Genom att vara närvarande kan sjukskötare säkerställa att patienter får hjälp vid måltidssituationerna. Inom ÅHS ska nutritionsåtgärder omedelbart sättas in då en patient är undernärld eller riskerar att bli undernärld. Tänkbara åtgärder kan vara att säkerställa att patienten får rätt kost av rätt konsistens, extra energirika mellanmål, näringsdrycker, ätstödjande åtgärder samt förkorta nattfasta. Vid behov kan näring på konstgjord väg tillföras genom enteralnutrition (sond via magtarmkanalen) eller parentalnutrition (tillförsel direkt i blodbanan) vara aktuellt (Granfors, 2015). Forskning beskriver även att förståelse för betydelsen av att äta och dricka ur ett fysiskt, socialt och psykologiskt perspektiv är viktig att säkerställa och att måltiderna på sjukhus ska vara en prioriterad uppgift (Bloomfield & Pegram, 2012; Henderson, 1970).

Slutligen bör omvårdnadsplanen utvärderas och dokumenteras. Det är viktigt att utvärdera insatta åtgärder, såsom bedömningsunderlag, regelbundet under vårdtiden (Borgström Bolmsjö, Jakobsson, Mölstad, & Östgren, 2015). I utvärderingen görs en bedömning av de omvårdnadsåtgärder som patienten mottagit och sambanden mellan olika förändringar i patientens tillstånd därefter och detta bör dokumenteras på lämpligt sätt (Kirkevold, 1994). I riktlinjerna inom ÅHS konstateras att det är av stor vikt att *dokumentera* förloppets resultat och åtgärder som genomförts samt göra en utvärdering av alla beslut som tagits är för att lyckas nå målet med omvårdnadsplanen (Granfors, 2015). Ytterligare är informationsöverföringen och överrapporteringen till annan vårdpersonal av stor vikt för nutritionsbehandlingen. Överrapporteringen ska innehålla bedömning av nutritionstillstånd, vikt, och BMI, viktutveckling, ät/nutritionsproblem, åtgärder och nutritionsbehandling och deras effekter, aktuell nutritionsordination, när nutritionsbehandlingen bör *utvärderas*, eventuella ätstödjande åtgärder samt skötselinstruktioner till möjliga nutritions hjälpmedel som sond eller venkateter (Granfors, 2015).

Sammanfattningsvis kan det konstateras att nutritionsfrågor inte prioriterades i någon högre grad inom vården fast det fanns tydliga riktlinjer för nutritionsomvårdnad som belyser vikten av en god nutritionsstatus. En god nutrition främjar patientens hälsa och återhämtning vid

sjukdom samt ger en ekonomisk vinning genom att förkorta vårdtiden och förebygga komplikationer.

1.2 Problemformulering

Inom hälso- och sjukvården finns ett stort antal patienter med nutritionsproblematik och undernäring är vanligt (Statens näringsdelegation, 2012). Undernäring medför ökat lidande för människan i form av komplikationer och följsjukdomar samt höga kostnader för hälso- och sjukvården och samhället i stort. Det är därför av vikt att sjukskötare har kunskap, för att kunna identifiera, förebygga och behandla nutritionsproblem. Till hjälp i omvårdnadsarbetet kan omvårdnadsprocessen med fördel användas för att skapa en säker och trygg vård för patienten. Inom Ålands hälso- och sjukvård pågår ett nutritionsprojekt för att främja patienternas nutritionsstatus framför allt med inriktning på att förebygga och behandla undernäring. För att kunna förändra nutritionsvården till det bättre är det väsentligt att undersöka omvårdnadspersonalens uppfattning angående nutritionsfrågor.

1.3 Syfte

Syftet var att beskriva omvårdnadspersonalens uppfattning om hur omvårdnadsprocessen tillämpas samt ansvarsfrågor och kunskapsbehov i relation till nutritionsfrågor.

2. METOD

Studien är en kvantitativ deskriptiv tvärsnittsstudie som beskriver omvårdnadspersonalens uppfattning om hur omvårdnadsprocessen tillämpas samt ansvarsfrågor och kunskapsbehov i relation till nutritionsfrågor inom ramen för nutritionsprojektet som pågår inom Ålands hälso- och sjukvård.

2.1 Datainsamling och urval

Ett nutritionsprojekt pågår sedan år 2014 inom Ålands hälso- och sjukvård. I samband med frivilliga föreläsningar som hölls av en dietist i december år 2014 fick personal fylla i ett frågeformulär. Frågeformuläret har konstruerats av Maria Granfors, legitimerad dietist, Ålands hälso- och sjukvård samt Erika Boman, legitimerad sjukskötare, lektor vid Högskolan på Åland. Totalt besvarades frågeformuläret av 92 personer varav 41 sjukskötare, 20 närvårdare samt 31 personer från övriga yrkesgrupper, t ex. sjukhusbiträden, dietister och läkare. I detta arbete har svaren från sjukskötarna och närvårdarna analyseras då studien fokuserar på omvårdnadspersonal med koppling till omvårdnadsprocessen.

2.1.1 Frågeformulär

I frågeformuläret (bilaga 1) ombads respondenterna svara på både öppna och slutna frågor. På de slutna frågorna fanns ett visst antal olika svarsalternativ och på de öppna frågorna fick respondenterna fritt formulera sina svar. Frågorna berörde ålder, yrkeskategori, år i omvårdnadsyrket och var de arbetar inom ÅHS, samt frågor relaterade till ansvar för patienters nutrition och vem som bär huvudansvaret för patientens nutrition vid den egna enheten. Vidare skulle respondenterna besvara om de upplevde att finns tydliga direktiv gällande ansvarfördelning samt vilka insatser hen är delaktig i angående patienternas nutrition. Om respondenten ansåg sig själv vara delaktig i att bedöma patienters näringsstatus, ombads de att besvara vad som vanligtvis ingår i bedömningen. Ytterligare ställdes frågor om hur ofta patienternas nutritionsstatus utvärderas, samt frågor kring dokumentation och överrapportering. Vidare efterfrågades vilken kunskap respondenten tycker sig ha i förhållande till det ansvar hen har till patientens nutrition. Ytterligare kommentarer ombads skrivas på baksidan av formuläret.

2.3 Analys

Kvantitativ och kvalitativ data från frågeformulären har bearbetas med deskriptiva metoder i SPSS Statistics version 23. Vid införandet av data var båda författarna medverkande. De slutna frågorna har redovisats med tabeller och diagram, där det var lämpligt att använda sådana, samt i löpande text så som Barmark och Djurfeldt rekommenderat (2015). De öppna frågornas svar delades in i kategorier för att sammanställa data och presenterades i löpande text samt även i tabeller i enlighet med Beck och Polit (2012).

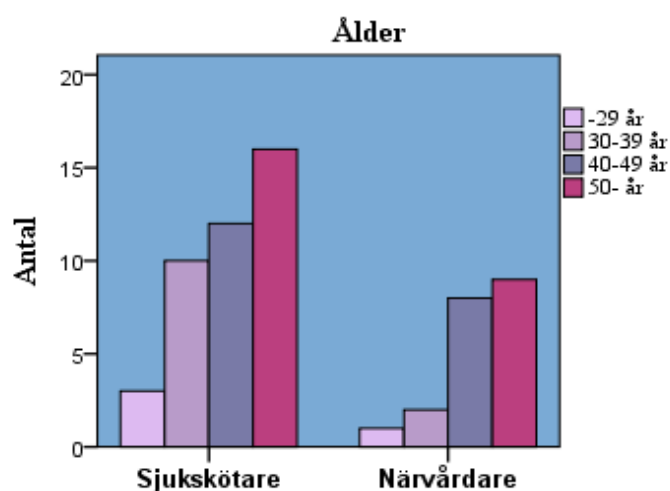
Fråga nummer 10 i frågeformuläret: Hur ofta utvärderas patienternas nutritionsstatus i regel på din enhet? har bearbetats enligt följande: Av totalt 61 respondenter valde 40 personer att kommentera frågan. Kommentarer delades in i 4 grupper, där i grupp 1 var svar som sällan eller aldrig. Till grupp 2 fördes kommentarer om att rutiner finns t.ex. 1 gång/månad, 2-3 gånger/månad och vid årsbesök. Till grupp 3 hör kommentarer som uttryckte att utvärdering sker då behov finns t.ex. då patienten har dålig matlust och vid inskrivning av ny patient. I grupp 4 placerades alla svar som uttrycker att utvärdering sker ofta eller dagligen.

2.4 Etiska överväganden

Enligt Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (2003) och Helsingforsdeklarationen (2013) finns det särskilda etiska riktlinjer som ska följas vid humanvetenskaplig forskning. Kraven som ställs är: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Detta innebär att respondenten ska informeras om syftet med undersökningen, ha rätten att själv bestämma över sitt deltagande, garanteras absolut konfidentialitet samt att uppgifterna ska förvaras på ett säkert ställe och enbart användas i forskningssyfte. I frågeformuläret framkom information om syftet med undersökningen. Ett ifyllt och inlämnat frågeformulär betydde att respondenterna samtyckte till att delta i undersökningen. Frågeformulären lämnades in konfidentiellt och gick inte att spåra tillbaka till den specifika respondenten. Frågeformulären förvarades under databearbetningen i ett låst utrymme vid Högskolan på Åland. Efter arbetets slut returnerades frågeformulären tillbaka till ÅHS. Vikarierande vårdchefen godkände 26.01.2016 att de besvarade frågeformulären får användas i detta arbete.

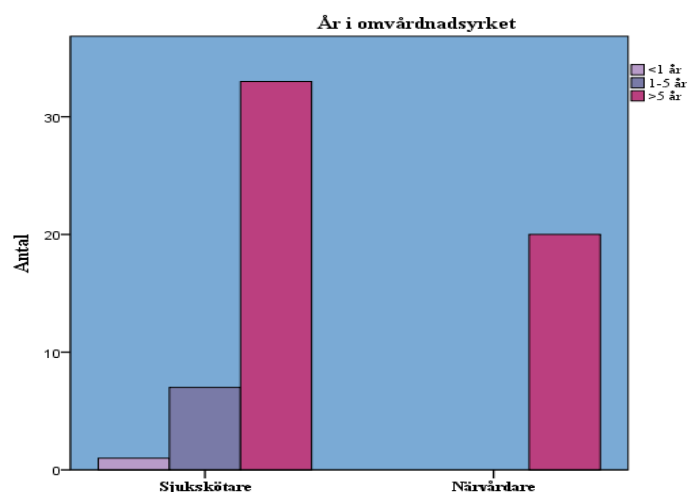
3. RESULTAT

Av de 61 respondenter som svarade på frågeformuläret var 41 personer (67 %) sjukskötare och 20 personer (33 %) närvårdare eller motsvarande. Den största andelen (41 %) var över 50 år. Endast 7 % av respondenterna var under 29 år (figur 1).



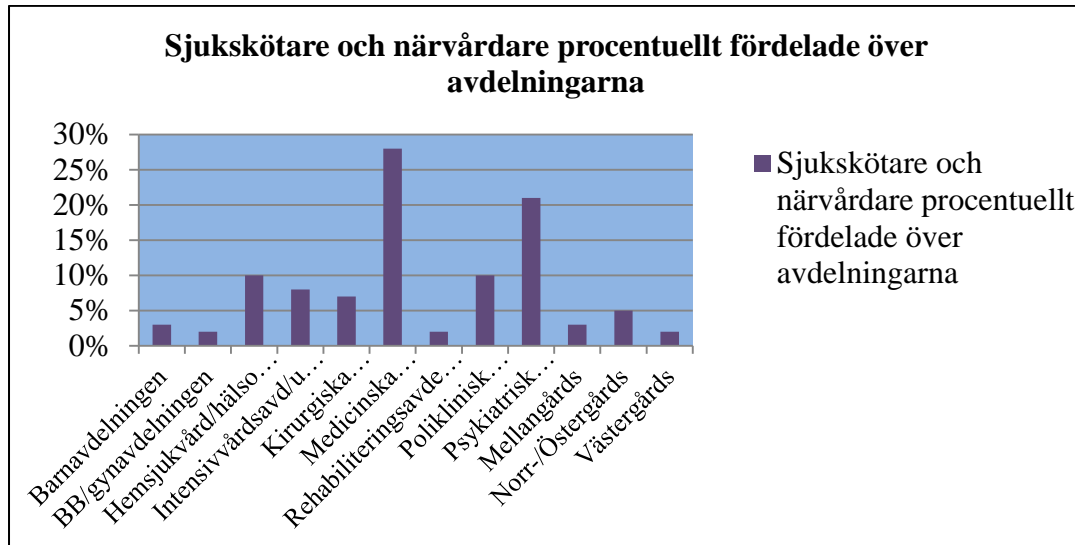
Figur 1. Beskrivning över åldersfördelning för respondenterna.

Majoriteten av sjukskötarna (80 %) och samtliga närvårdare hade varit i yrket över 5 år. (figur 2).



Figur 2. Respondenternas antal år inom omvårdnadsyrket.

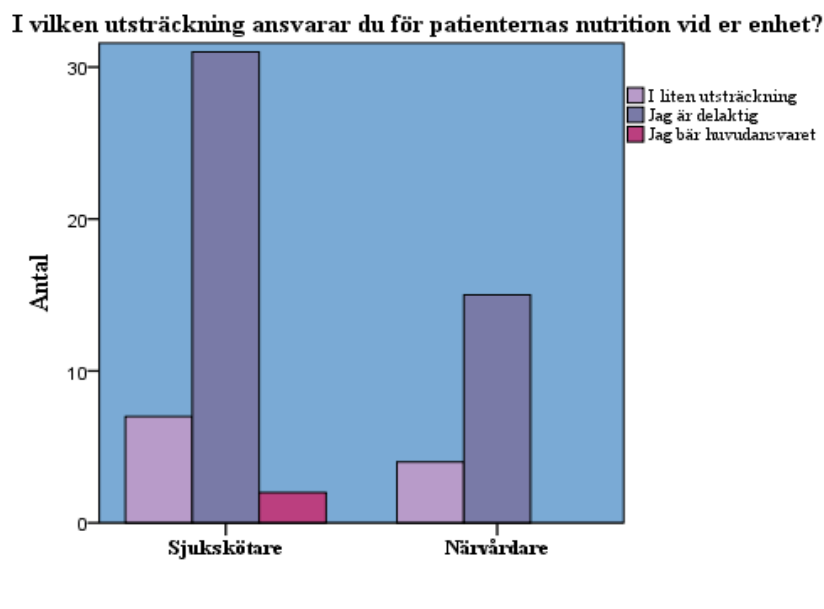
Procentuellt var personal från medicinska avdelningen och psykiatrisk verksamhet överrepresenterade i undersökningen. Totalt kom 28 % respektive 21 % av samtliga respondenter från de enheterna (figur 3).



Figur 3. Respondenternas procentuella fördelning över avdelningarna.

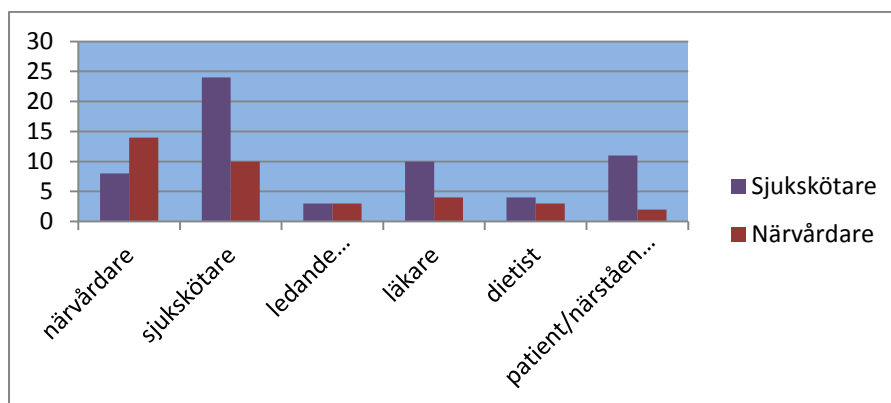
3.1 Ansvar för nutritionsfrågor

På frågan gällande i vilken utsträckning respondenten ansvarade för patienternas nutrition vid enheten var det ingen sjukskötare som tyckte att de inte hade något ansvar alls, cirka en femtedel (18 %) ansåg sig ha ansvar i liten utsträckning och ungefär tre av fyra (77 %) ansåg att de var delaktiga. Totalt två sjukskötare (5 %) ansåg att de bar huvudansvaret för patienternas nutrition vid sin enhet. Närvårdarna hade liknande svarsfördelning som sjukskötarna. Det var dock ingen närvårdare som ansåg sig ha huvudansvaret (figur 4).



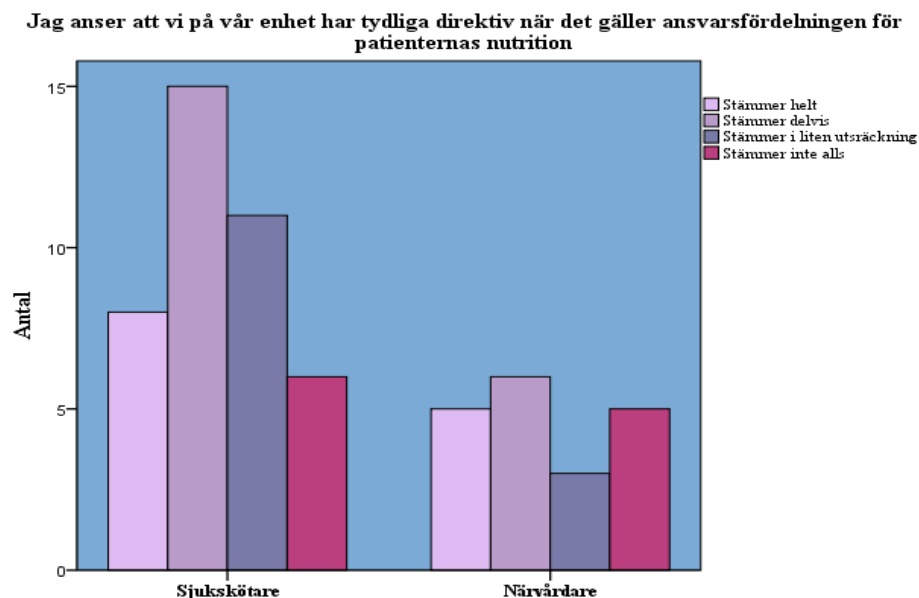
Figur 4. Respondenternas beskrivning över sitt eget ansvar för nutrition på sin enhet.

På frågan gällande vem respondenten ansåg bar huvudansvaret för patienternas nutrition i samband med vård vid enheten skulle endast ett alternativ anges (se fråga 6 i bilaga). Totalt angav 35 respondenter endast ett svar. Ytterligare 24 respondenter svarade, dock med fler än ett svarsalternativ. Samtliga svar har sammanförts i ett diagram. Det stiger fram att flertalet sjukskötare och närvårdare ansåg sig själva vara huvudansvariga för patienternas nutrition på enheten. Ett mindre antal respondenter tyckte att ledande sjukskötare hade ansvar. Det bör också noteras att 11 sjukskötare och 2 närvårdare från poliklinikerna och hemsjukvården, ansåg även att ansvaret låg på patienten/närstående steg fram (figur 5).



Figur 5. Fördelning över vem respondenterna anser ha huvudansvaret för patienternas nutrition i samband med vård vid enheten.

På frågan gällande om respondenten ansåg att det fanns tydliga direktiv när det gällde ansvarsfördelningen för patienternas nutrition på enheten ansåg 20 % av sjuksköterna att direktiven var tydliga, 38 % ansåg att direktiven var delvis tydliga, 28 % ansåg att direktiven endast var tydliga i liten utsträckning och 15 % ansåg att direktiven gällande ansvarsfördelningen var otydliga. Närvårdarnas svar var mer procentuellt jämt fördelade över alla svarsalternativ (figur 6).



Figur 6. Respondenternas syn på hur tydliga direktiven är på deras enhet.

3.2 Delaktig i insatser gällande patienternas nutrition

Här följer en sammanställning av frågorna gällande delaktighet i patienternas nutrition.

3.2.1 Bedömning och planering

De sjukskötare som svarade att de var delaktiga i bedömningen av patienternas näringsstatus beskriver att det vanligtvis ingick en bedömning av munstatus, förmåga att tugga och svälja samt patientens vikt. Cirka tre av fyra sjukskötare ansåg att de deltog i att bedöma patienternas näringsstatus och ett fåtal sjukskötare (n= 4) svarade att de överhuvudtaget inte gjorde sådana bedömningar. I närvårdarnas fall svarade de att de gjorde bedömningar på alla

moment förutom MNA och SGA och endast ett fåtal gjorde bedömningar på BMI och underhudsfett. Då sjuksköterna följer patienternas näringsintag anger 12 respondenter (21 %) samtal och anamnes som metod (tabell 1).

Tabell 1. Bedömningar som utförs av omvårdnadspersonalen angående patienternas näringsstatus.

	Sjukskötare		Närvårdare	
Jag deltar i bedömning (n= sjukskötare/närvårdare*)	Ja (%)	Antal	Ja (%)	Antal
Deltar i att bedöma patienters näringsstatus (n= 40/18)	77 %	31	78 %	14
Av patientens förmåga att föra maten till munnen (n= 41/20)	61 %	25	90 %	18
Av patientens munstatus och förmåga att tugga (n= 41/20)	71 %	29	90 %	18
Av patientens förmåga att svälja (n= 41/20)	78 %	32	90 %	18
Av patientens vikt (n= 41/20)	88 %	36	75 %	15
Av patientens BMI (n= 41/20)	46 %	19	15 %	3
Genom bedömning av patienten underhudsfett (n= 41/20)	15 %	6	10 %	2
Med hjälp av standardiserade skattningsskalor så som MNA och SGA (n= 41/20)	10 %	4	0 %	0
Jag gör inte sådana bedömningar (n= 41/20)	10 %	4	0 %	0

* n kan variera på grund av internt bortfall

Cirka tre av fyra sjukskötare planerade och beställde kost från köket, ordinerade/tog beslut om specialkost från köket samt om näringstillskott. En stor andel av närvårdarna ansåg sig vara delaktiga i alla moment (tabell 2).

Tabell 2. Omvårdnadspersonalens medverkan vid planering av olika insatser gällande patienternas nutrition.

	Sjukskötare		Närvårdare	
	Ja (%)	Antal	Ja (%)	Antal
Delaktig i insatser gällande patienternas nutrition (n= sjukskötare/närvårdare*)				
Beställa kost från köket (n= 40/18)	70 %	28	83 %	15
Ordinera/ta beslut om specialkost från köket (n= 39/18)	72 %	28	78 %	14
Ordinera/ta beslut om näringstillskott (n= 40/17)	72 %	29	82 %	14

* n kan variera på grund av internt bortfall

3.2.2 Genomförande

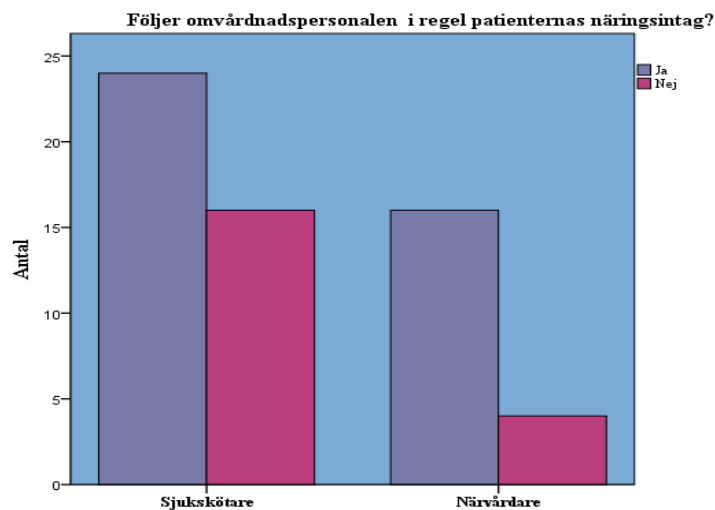
Mindre än hälften av sjuksköterna assisterade patienterna att äta och ett fåtal sjukskötare administrerade näring enteralt och parenteralt. Över hälften av närvårdarna assisterade patienterna att äta och cirka 40 % administrerade enteralt och två närvårdare svarade att de administrerade näring parenteralt (tabell 3).

Tabell 3. Omvårdnadspersonalens medverkan vid genomförande av olika insatser gällande patienternas nutrition.

	Sjukskötare		Närvårdare	
	Ja (%)	Antal	Ja (%)	Antal
Delaktig i insatser gällande patienternas nutrition (n= sjukskötare/närvårdare*)				
Assisterar patienterna att äta (n= 38/19)	42 %	16	63 %	12
Administrerar näring enteralt (n= 38/18)	16 %	6	39 %	7
Administrerar näring parenteralt (n= 39/18)	31 %	12	11 %	2

* n kan variera på grund av internt bortfall

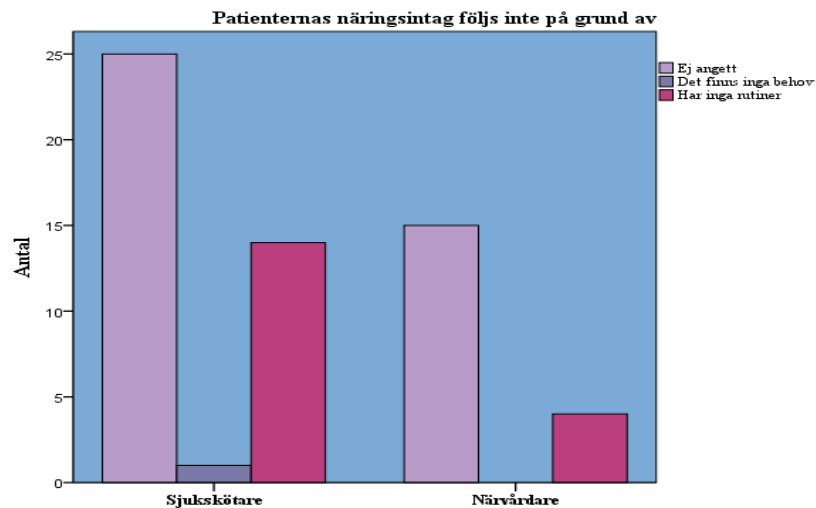
På frågan gällande om näringsintaget i regel följdes på enheten svarade 60 % av sjukskötarna att det gjordes och hela 80 % av närvårdarna ansåg att näringsintaget följdes upp av omvårdnadspersonal (figur 7).



Figur 7. Omvårdnadspersonalens åsikt om näringsintaget följs på enheten eller inte.

De respondenter (n= 57) som svarade att de följde patienternas näringsintag ombads svara på en fråga, med hjälp av vad de följer patientens näringsintag. Dessa svar steg fram: 26 respondenter (46 %) nämnde att de observerar och iakttar patienterna, 22 respondenter (39 %) använde sig av vätskelistor, 14 respondenter (25 %) tog vikten för att säkerhetsställa att näringsintaget följdes på enheten. Övriga kommentarer var t.ex. att använda olika skattningsskalor, laboratorieprov, kaloritabeller samt att ta hjälp av läkare, dietist och hemtjänst. Även flera respondenter uttryckte åsikter som bristande dokumentation, att vätskelistorna fylls i bristfälligt, mätskalor inte används och rutiner inte finns för att följa näringsintag.

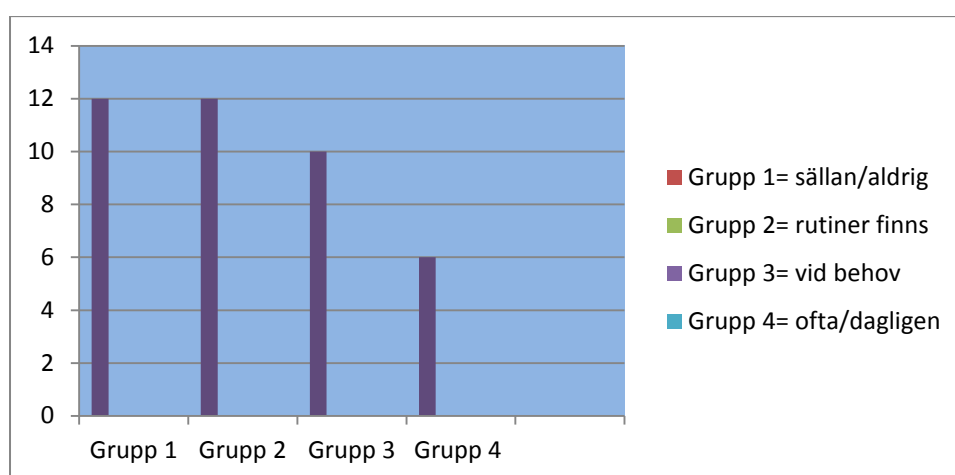
På följdfrågan till de respondenter som ansåg att näringsintaget inte följdes på enheten har 25 sjukskötare (63 %) inte gett svar och 14 sjukskötare (35 %) har svarat att rutiner angående näringsintag inte fanns. En sjukskötare ansåg att näringsintaget inte följdes på grund av att det inte fanns några behov för det. I närvårdarnas fall har 14 stycken (74 %) inte angett något svar och 4 stycken (21 %) ansåg att rutiner inte fanns (figur 8).



Figur 8. Svar på varför näringsintaget inte följs.

3.2.3 Resultat, utvärdering, dokumentation och överrapportering

Av de 40 respondenter som valde att besvara frågan gällande hur ofta patienternas nutritionsstatus utvärderades i regel på enheten angav 30 % att de sällan/aldrig utvärderade patienternas nutritionsstatus. Sedan ansåg 30 % att utvärdering visst genomfördes. Respondenterna hade möjlighet att svara på hur ofta utvärderingen görs och svaren varierade mellan varannan vecka, 1 gång/ per månad och vid varje årsbesök. 10 % uttryckte att utvärdering gjordes då behov förelåg och 15 % utvärderade nutritionsstatus ofta eller dagligen och 12 respondenter (21 %) anger dokumentation och rapportering för att följa näringsintaget på enheten (figur 9).



Figur 9. Hur ofta patienternas nutritionsstatus utvärderas i regel på enheten.

På den öppna frågan gällande hur dokumentation och överrapportering hanterades, när det gällde patienters nutrition och nutritionsstatus, valde 51 respondenter att svara. Majoriteten av respondenterna (61 %) uppgav att patienternas nutritionsstatus togs upp vid muntliga rapporter och 75 % att det dokumenteras i journalen. Det framkom även att dokumentationen var bristfällig eller inte existerade (16 %). Även överrapportering vid rond nämndes av ett fåtal (8 %). Endast en person hade svarat att dokumentation och rapportering sköttes bra.

3.2.4 Behov av fortbildning

På alla frågorna gällande kunskap hade 37/41 sjukskötare och 14/20 närvårdare svarat.

Majoriteten av sjukskötarna (n= 29) svarade att de ansåg att de inte hade tillräckliga kunskaper angående patienternas nutrition, medan det är helt jämnt fördelat mellan närvårdarna, där hälften (n=7) ansåg att de hade tillräckligt med kunskap och hälften tyckte att de inte hade det. Både närvårdarna och sjukskötarna var relativt jämnt fördelade i åsikten om de hade tillräckliga kunskaper om peroral nutrition eller inte. Angående enteral nutrition ansåg 28 av sjukskötare att de hade den kunskap de behövde, i närvårdarnas (n=9) fall var det en lite större del som ansåg att de inte behövde det. Gällande parenteral nutrition ansåg 26 av sjukskötarna att de redan hade den kunskap som behövdes. I närvårdarnas fall ansåg 9 att de inte behövde mer kunskap och 5 önskade få mer kunskap.

Ytterligare kommentarer till frågan om vad respondenterna önskade få mer kunskap om var: Specialkost vid olika sjukdomstillstånd, kunskap om hur att motivera patienter att äta, näringslära samt allmänna uttryck om att uppdateringar och ny kunskap var bra.

4. DISKUSSION

Syftet med denna studie var att beskriva omvårdnadspersonalens uppfattning om hur omvårdnadsprocessen tillämpas samt ansvarsfrågor och kunskapsbehov i relation till nutritionsfrågor. Resultatet visar brister i riktlinjer, ansvar samt kunskap angående nutritionsfrågor.

4.1 Resultatdiskussion

Frågeformuläret i denna undersökning delades ut i samband med en föreläsning om nutrition. Respondenterna ombads fylla i formuläret innan föreläsningen började. På grund av detta samband kunde vi bara spekulera i vem det var som gick på föreläsningen och fyllde i formuläret. Det här kunde bero på slumpmässiga orsaker t.ex. personal på plats med extra stort intresse för nutritionsfrågor, arbetsbördan på verksamheten var lägre just då, att avdelningssköterskan uppmanade omvårdnadspersonalen att gå på föreläsningen eller personal med en önskan att lära sig mer. I denna undersökning var medicinska avdelningen och psykiatriska verksamheten överrepresenterade, vilket troligen kan förklaras med någon av ovanstående orsaker. Sedan kan även fördelar och nackdelar diskuteras med att detta frågeformulär delades ut i samband med en nutritionsföreläsning på ÅHS. På föreläsningen fanns möjligheten att få komprimerad information lättillgängligt samt gav ledning inför vidare kunskapsinhämtande om intresse förelåg. Dock förutsätter detta en aktiv närvaro av deltagarna och det kunde antas bero på om deltagarna har ett eget intresse av ämnet eller att de förväntades gå av avdelningssköterskan (Marshall, 2000).

Angående sjukskötarens och närvårdarnas personliga ansvar för nutritionsfrågor svarade en stor del av sjukskötarna att de endast var delaktiga i patienternas nutrition. Närvårdarna var inne på samma linje. Enligt studier tycks en låg känsla för personligt ansvar vara en vanlig åsikt då ingen vill ta huvudansvaret för nutritionsfrågor, även fast forskning visar att sjuksköterskan har en viktig och tydlig roll i att minska prevalensen av undernäring hos sjukhuspatienter (Jefferies et al., 2011; Rothenberg, 2015). Sedan angående vem som bär huvudansvaret för patienternas nutrition stiger det plötsligt fram att både sjukskötare och närvårdare i hög grad såg sig själva som huvudansvariga. Dessa motstridiga uppgifter kan kopplas till attityderna för nutritionsfrågor där personalen uttrycker att det är viktigt med

nutritionsfrågor men i praktiken saknas intresse och de ansåg att det inte är lika relevant som andra sysslor (Fletcher & Carey, 2011). I resultatet framkom det också att personal inom poliklinisk verksamhet och hemsjukvård ansåg att ansvaret låg hos patient eller närstående. Det bör nog poängteras att personal inom denna kontext spelar en viktig roll för att förebygga och behandla undernäring, på grund av deras regelbundna kontakter med patienter (Arvanitakis, Coppens, Doughan, & Van Gossum, 2009). Det är lika viktigt inom dessa verksamheter att följa patienternas nutritionsstatus som i den övriga sjukvården. Bjerrum, Tewes & Pedersen (2012) lyfter fram att kunskap kan förändra attityder till det bättre. Enligt Green et al. (2014) kan även organisationskulturen ha en betydande roll angående omvårdnadspersonalens känsla av ansvar för nutritionsfrågor. Då organisationen är tydlig i att befrämja god nutrition samt kompetensutbilda personal förstärktes känslan av ansvar hos vårdpersonalen (Green, et al., 2014). För att hjälpa sjukskötarna att ta mer ansvar för sin viktiga roll gällande nutrition, behöver de få den kunskap och utbildning som krävs för att öka deras självförtroende så att de förstår att de har en betydande roll och ansvar angående patientens nutrition samt genom detta känner minskat behov av att konsultera läkaren (Bjerrum, et al., 2012). Vi ponerade att då sjukskötaren inte tog eller insåg sitt ansvar för patienternas nutrition uteblev hela omvårdnadsprocessen på grund av att inget utfördes då ingen tog ansvar för det. Det kan inte nog poängteras vikten av kunskap och ansvar för nutritionsfrågor men för att lyckas med detta krävs ett tvärprofessionellt team där alla bidrar med sin egna specifika kunskap (Jefferies, et al., 2011; Rothenberg, 2015).

Cirka 40 % av respondenterna ansåg att det inte fanns, eller endast i liten utsträckning, tydliga direktiv för patienternas nutrition på deras avdelningar. Detta kan bero på att ÅHS vid den tidpunkten inte hade utarbetade riktlinjer för nutritionsomvårdnad. Även i forskning framkom det att en bidragande faktor kunde vara att då direktiven inte var integrerade i organisationen och i sjukhuskulturen blev det brister i omvårdnaden. Rutiner och direktiv bör finnas så sjukskötarna lättare kan identifiera och behandla undernäring (Dahl Eide, Halvorsen, & Almendingen, 2014; Fletcher & Carey, 2011). I en svensk studie beskrivs hur sjukvården kan komma till rätta med detta problem genom att informationsutbytet mellan professioner kan öka kännedomen om gällande riktlinjer, då t.ex. dietisten som enbart arbetar med nutritionsfrågor besitter en högre kompetens inom området och därför kan dela med sig av sin kunskap och även gällande riktlinjer (Wichmann, Unosson, Rothenberg, Stene, &

Bosaeus, 2016). Enligt Lane, Wedlake, Dougherty & Shaw (2014) önskar personalen få mer kunskap om nutrition genom studiedagar gällande riktlinjer och praxis inom nutritionsvård behandlas. I en studie föreslås användandet av en webbaserad s.k. wikiplattform som en framgångsrik metod där riktlinjerna uppdateras kontinuerligt vilket gör att utveckling och spridning blir effektivare och når ut till många fler. Omvårdnadspersonal involveras i arbetet genom att de kan kommentera, fråga och föreslå förbättringar. Förslagen granskas av de ansvariga för sidan som gör en kvalitetskontroll på materialet innan det publiceras (Brown, Findlay, von Dincklage, Davidson, Hill, Isenring, Talwar, Bell, Kiss, Kurmis, Loeliger, Sandison, Taylor & Bauer, 2013). Ovanstående förslag kunde vara något som ÅHS kunde tillämpa för att förbättra informationsflödet inom organisationen även för att sprida informationen som finns i deras nya nutritionshandbok.

På frågan hur delaktig respondenten är i insatserna gällande patienternas nutrition framkom att cirka 60 % av sjukskötarna och cirka 40 % av närvårdarna inte assisterade patienterna vid måltider. Detta fenomen framkommer även i studier då det uttrycks att sjukskötarens arbetsbörda gör att hen inte hinner hjälpa till vid matning, då detta inte anses som en betydelsefull uppgift samt att personalbrist gör att måltidssituationen blev oövervakad (Holst, Rasmussen, & Laursen, 2011). I forskning betonas vikten av sjukskötarna bör ha uppsikt över måltidssituationen för att kunna göra en optimal bedömning av näringsstatus och näringsintag (Bjerrum, et al. , 2012). Det framkommer även att detta är sjukskötarens främsta uppgift dock var det få sjukskötare som ansåg att det var deras uppgift (Fletcher & Carey, 2011). Det framkom också i resultatet att två närvårdare administrerade näring parenteralt, vilket inte hör till deras arbetsuppgifter. Detta kunde vara ett misstag att närvårdarna inte förstod innebörden av parenteral nutrition, eller att de missförstod frågan och svarade på om de var delaktiga i vården av parenteral näring då närvårdare på ÅHS får avsluta IV-dropp samt hänga på klara vätskor (mail korrespondens Sirpa Mankinen 26.4.2016). I undersökningen kommer det fram att närvårdarna verkar ha en stor roll i patienternas nutritionsbedömning.

Häpnadsväckande nog svarar 82 % (n=14) av närvårdarna att de ordinerar och tar beslut om näringstillskott. Sjukskötare har en högre utbildning och kan antas ha fördjupade kunskaper inom näringslära. Det vore därför rimligt att det skulle vara deras uppgift att ta ställning till specialkost och näringstillskott. Ett förslag kunde vidare vara att ha nutritionsansvariga sjukskötare och närvårdare på de olika avdelningarna. Dessa personer utbildas för att kunna

främja och sprida vidare informationen till övrig omvårdnadspersonal (Blom Malmberg, 2010).

I bedömningen av patienternas näringsstatus framkommer det i undersökningen att BMI och mätning av underhudsfett används i mycket låg utsträckning som verktyg i screeningen. Allmänt förekommer det i studier att just screeningen var bristfällig och inte integrerad i det dagliga arbetet (Dahl Eide et al., 2014; Fletcher & Carey, 2011). I resultatet framkommer även att en tredjedel av respondenterna sällan eller aldrig utvärderade patienternas nutritionsstatus enligt omvårdnadsprocessen. Detta svar är inte så förvånande då inte heller en kontinuerlig bedömning utförs på alla patienter. Om bedömningen inte utförs så finns det inte heller något att utvärdera, vilket kan bero på brist på riktlinjer och tydlig ansvarsfördelning (Wichmann, et al., 2016). Det finns evidens som säger att den kliniska bedömningen inte är lika tillförlitlig som screeningsverktyg för att upptäcka patienter i riskzon för undernäring. Dock uttrycker flertalet sjukskötare att de med hjälp av sin professionella bedömning och med det kliniska ögat kan göra en nutritionsbedömning och att ett screeningsverktyg skulle ta bort deras intuition (Green, et al., 2014). Enligt Europarådets (2003) riktlinjer bör näringsbehandlingsplanen ses över och justeras vid behov åtminstone en gång i veckan, med hjälp av information om patientens näringsintag, viktförändring och andra relevanta närings- och kliniska iakttagelser. Detta kan utföras ypperligt med hjälp av omvårdnadsprocessen. Angående frågan om att följa patienternas näringsintag på enheterna svarade respondenterna att det gjordes genom att observera och iaktta, ha viktkontroll samt föra vätskelistor, men även dokumentationen var bristande, att skattningsskalor inte användes samt att rutiner inte fanns. Detta kan bekräftas av flertal studier som tydligt visar brister i att kontinuerligt följa patienternas näringsintag, vilket berodde på svaga kunskaper angående nutritionsomvårdnad, bristande kommunikation mellan de tvärprofessionella disciplinerna, otydlig rollfördelning över ansvar vid nutritionsfrågor. Måltidssituationerna prioriterades även bort till förmån för andra uppgifter och det fanns känslor av vanmakt av att inte ha möjlighet att prioritera nutritionsfrågor (Mudge, et al., 2011; Fletcher & Carey, 2011; Dahl Eide, et al., 2014). För att komma till rätta med problemet bör alla brister i ovanstående faktorer ses över och åtgärdas. ÅHS har arbetat med det i de nyttillkomna riktlinjerna där de beskriver hur bedömning skall ske. Här har ledningen ett ansvar för att det skall finnas förutsättningar för

att kunna göra bedömningarna samt att arbetet/verktygen följs upp och utvärderas inom respektive verksamhet (Granfors, 2015; Mudge, et al., 2011).

Rörande dokumentation och överrapportering svarade majoriteten av respondenterna att det dokumenterades i journalen men det framkom även kommentarer om att det fanns brister. I en studie framkom det att dokumentationen utfördes bristfälligt både på kirurgiska och medicinska avdelningar, vilket gjorde att många undernärda patienter potentiellt missades (Geurden, Wouters, Franck, Weyler, & Ysebaert, 2014). I en annan studie framkom det att sjukskötarna dokumenterade om patienten var välnärd, i riskzon eller var undernärmd men detta gjordes utan att använda bedömningsverktyg. Konsekvenserna kan bli en bristfällig- eller felaktig bedömning. Dokumenteringen saknade bedömning av dessa viktiga element såsom BMI, viktninskning eller munstatus samt förmåga att tugga och svälja (Wentzel Persenius, Hall-Lord, Bååth, & Wilde Larsson, 2008). Enligt Persenius (2008) underlättades nutritionsdokumentationen då screeningsverktyg används.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att resultatet visar brister i riktlinjer, ansvar samt kunskap angående nutritionsfrågor. Det bör dock beaktas att frågeformuläret fylldes i av sjukskötare och närvårdare med flerårig erfarenhet av yrket och majoriteten hade arbetat med omvårdnad över 5 år och de flesta respondenter var över 50 år. Enligt omvårdnadsteoretikern Patricia Benner skulle en slutsats kunna dras att dessa respondenter är i utvecklingsnivå, fjärde stadiet, skicklig och femte stadiet, expert. Att vara i utvecklingsnivå skicklig innebär att sjukskötaren tack vare sin erfarenhet får en förmåga att se helhetssituationer och se när det förväntade, normala scenariot inte infinner sig samt det är nu lättare att fatta egna beslut. Expertsjukskötaren gör kliniska bedömningar och löser lätt svåra situationer på grund av sin gedigna erfarenhet och förlitar sig därför inte alltid på regler och riktlinjer (Benner, 1993). I beaktande av detta eftersom de flesta respondenter på ÅHS enligt Benner (1993) var i skicklig- och expertstadiet och därför färgades svaren i frågeformuläret då de förlitade sig på sin gedigna erfarenhet. Och kan därför eventuellt tycka att de inte behöver mer kunskap, ta del av riktlinjer samt ta eget ansvar. Dock ansåg största delen att de inte besatt tillräckliga kunskaper angående patienternas nutrition. Studier visar även på att kunskapen verkar vara låg angående både nutritionskunskap överlag men också om klinisk nutrition (Fletcher & Carey, 2011). I studier stiger det fram att ordet undernäring verkade vara ett okänt begrepp

för vissa sjukskötare samt även att riktlinjerna för god nutritionsvård var okända (Dahl Eide, et al., 2014). Forskning visar tydligt att mer utbildning inom ämnet nutrition krävs både i grundutbildningen av vårdpersonal samt fortbildning på arbetsplatser (Wichmann, et al., 2016).

4.2 Metoddiskussion

Resultatet bygger på en enkätstudie som genomfördes inom Ålands hälso- och sjukvård december år 2014. Totalt besvarades frågeformuläret av 92 personer. I denna studie inkluderades 41 sjukskötare och 20 närvårdare.

4.2.1 Bortfall

I april 2016 arbetade inom Ålands hälso- och sjukvård cirka 255 sjukskötare och cirka 98 närvårdare (mail korrenspondens Birgitta Hermans 26.4.2016). I denna undersökning svarade 41 sjukskötare och 20 närvårdare på. På grund av att antalet respondenter endast var 61 stycken av cirka 350 sjukskötare och närvårdare totalt inom ÅHS kan det antas att respondenternas låga antal i förhållande till hela personalstyrkan gör att möjligheten att generalisera resultatet till hela ÅHS är liten (Henricson, 2012). Dock är medicinska avdelningen och psykiatrisk verksamheten överrepresenterade, vilket vi inte kan förklara. Ett externt bortfall kan finnas då personer gick på nutritionsföreläsningen men valde att inte fylla i frågeformuläret. Desto större bortfall i en undersökning desto större blir risken för felaktiga generaliseringar. Bortfallet ska alltid undersökas och analyseras för att få fram om det har någon betydelse för undersökningens resultat (Ejlertsson, 2012). Bland de 61 respondenter som valde att svara på frågeformuläret förekom det ett litet internt bortfall, som i de flesta fall rörde sig kring högst 10 %. Därför kan det antas att detta inte hade en stor inverkan på resultatet (Barmark & Djurfeldt, 2015).

4.2.2 Frågeformulärets utformning

Frågeformuläret delades ut till en grupp som deltog vid en nutritionsföreläsning. Detta förfaringssätt, beskriver litteraturen som både positivt och negativt. Positivt då det är kostnadseffektivt och ger en hög svarsfrekvens, dock kan det vara negativt genom att

respondenterna svarar på något de inte vill svara på eller lämnar svar de inte står för samt även att det är svårt att vara anonym (Billhult & Gunnarsson, Enkäter, 2012).

Frågeformulärets layout kunde ha varit bättre då svarsalternativen upplevs vara för kompakta, vilket gör det svårare för respondenten att tolka frågan. Då texten i frågorna avgränsas från varandra blir frågeformuläret lättare att läsa (Ejlertsson, Göran, 2005). Bakgrundsfrågor i inledningen, frågor såsom ålder, år inom omvårdnadsyrket samt yrkeskategori ger information om respondenterna för att kunna analysera resultaten i beaktande av detta (Ejlertsson, 2005). Frågeformulärets frågor var relevanta i förhållande till studiens syfte. De flesta frågorna var korta och tydliga och endast en sak efterfrågades i varje fråga vilket rekommenderas enligt Eliasson (2013). Dock i fråga 11 (se bilaga 1) tillfrågas respondenterna om flera saker i samma fråga (dubbla frågor), vilket ska undvikas då respondenterna blir osäkra på vad de skall svara på (Ejlertsson, 2005). Flertalet respondenter valde att inte svara på följdfrågan till varför näringsintaget inte följs på enheten, vilket kan förklaras med att frågan är uttryckt med negativ betydelse, negation, vilket kan göra att respondenterna misstolkar frågan. Detta bör enligt Eliasson (2013) undvikas i frågeformulär. I frågan (se bilaga 1, fråga 5) i vilken utsträckning du ansvar för patienternas nutrition vid er enhet svarade majoriteten av sjukskötarna och närvårdarna att de var delaktiga medan de i nästa fråga (bilaga 1, fråga 6) vem anser du bär huvudansvaret för patienternas nutrition i samband med vård vid din enhet blev svaret att de själva var huvudansvariga. Detta kan förklaras med bias, vilket betyder i detta sammanhang att respondenten svarat det den tror man bör svara (Billhult & Gunnarsson, 2012). De slutna frågorna i frågeformuläret styrde respondenterna genom att ha färdiga svarsalternativ. Dessa frågor uppfattas som lättare att svara på och är även enklare att analysera. Nackdelen med att använda slutna frågor är att respondentens svar begränsas och kan innebära att respondenten anser att det finns bättre svarsalternativ och därför väljer att inte svara på frågan. Detta har i fråga 13 (se bilaga 1) avhjälppts genom att respondenterna givits möjlighet att svara "annat, nämligen", som ett alternativ (Eliasson, 2013). Även öppna frågor förekom i liten utsträckning i frågeformuläret där respondenten gavs möjlighet att formulera sitt svar, vilket medför att fler svarsalternativ framkommer men innebär även att svaren tar längre tid att analysera och att svaren också kan missförstås (Eliasson, 2013).

Frågeformuläret som användes i undersökningen var inte ett tidigare validerat och beprövat instrument, vilket kan göra att reliabiliteten i undersökningen kan ha påverkats negativt (Henricson & Billhult, 2012). Reliabilitet innebär att se om mätinstrumentet har den kvalitet och pålitlighet som behövs för att få fram kunskap på ett tillförlitligt sätt. Då reliabiliteten är hög går mätinstrumentet att användas igen och då få samma resultat. Reliabiliteten höjs då en studie kan utföras av vem som helst när som helst under likartade förhållanden och resultaten ska bli desamma. Ju mer det går att lita på att resultatet kan uppnås åter igen, desto högre reliabilitet har undersökningen. Om reliabiliteten är hög på en undersökning är förutsättningarna för att få en hög validitet större (Eliasson, 2013). Även validiteten i studien blev lägre då frågeformuläret inte var beprövat sedan tidigare (Henricson & Billhult, 2012). Validitet innebär att undersökningen verkligen mäter det som skall mätas och där är det viktigt att välja rätt mätinstrument för att få en högre validitet. Därför är det av betydelse att frågeställningen är tydlig för att veta vad som skall mätas. Även informationen som samlas in måste vara giltig för att öka trovärdigheten i undersökningen. En pilotundersökning kunde med fördel gjorts för att testa frågeformulärets reliabilitet och validitet (Eliasson, 2013).

4.2.3 Svarsbearbetning

Materialet har bearbetats deskriptivt. En tänkbar analys kunde ha varit att jämföra sjukskötares och närvårdares svar i ett Chitvå-test för att se eventuella samband. Dock har vi inte kunnat analysera detta på grund av att testet förutsätter att båda grupperna som skall jämföras behöver innehålla minst 30 personer (Ejlertsson, 2012), då gruppen med närvårdarna endast var 20 till antalet.

4.3 Slutsats

Trots att det inte går att dra någon generell slutsats att undersökningen skulle gälla hela Ålands hälso- och sjukvård visar resultatet att det finns brister i riktlinjer, kunskap och ansvarsfördelning gällande nutritionsfrågor. Resultatet visar även att omvårdnadsprocessen inte tillämpas så som den bör för att säkerställa en god nutritionsvård. Den forskning vi tagit del av i ämnet visar att det behövs tydliga riktlinjer, kunskap samt att nutrition prioriteras för att säkerställa en god patientvård. För att kunna implementera detta i den dagliga verksamheten krävs att sjukhusledningen tar det övergripande ansvaret för att skapa

förutsättningarna för sjukhuspersonalen samt att säkerställa att personalen har den kunskap som krävs för att kunna ge patienten den adekvata nutritionsvård de är berättigade till. En större studie skulle med fördel kunna utföras på ÅHS, förslagsvis omfattande all omvårdnadspersonal samt läkare, för att få en rättvisare bild av situationen gällande nutritionsfrågor inom Ålands hälso- och sjukvård. Sammanfattningsvis konstateras att nutrition inte är lätt som en plätt.

REFERENSER

- Arvanitakis, M., Coppens, P., Doughan, L., & Van Gossum, A. (2009). Nutrition in care homes and home care: Recommendations – a summary based on the report approved by the Council of Europe. 28(5), 492-496. doi:10.1016 / j.clnu.2009.07.011.
- Baker , J. P., Detsky, A. S., Mendelson, R. A., Wolman, S. L., Wesson, D. E., & Jeejeebhoy, K. N. (1984). Evaluating the accuracy of nutritional assessment techniques applied to hospitalized patients: methodology and comparisons. *Journal of Parenteral & Enteral Nutrition*, 153-159. Hämtat från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6538911>
- Barmark, M., & Djurfeldt, G. (2015). *Statistisk verktygslåda-att förstå och förändra världen med siffror*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Beck, C. T., & Polit, D. F. (2012). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert-mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Analytisk statistik. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod-från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 317-326). Lund: Studentlitteratur AB.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Enkäter. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod-från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 139-149). Lund: Studentlitteratur AB.
- Bjerrum, M., Tewes, M., & Pedersen, P. (2012). Nurse´s self-reported knowledge about and attitude to nutrition-before and after a training programme. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 81-89. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00906.x
- Björvell, C. (den 15 11 2015). *Patientjournalens innehåll och funktion - Dokumentation*. Hämtat från Vårdhandboken: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Dokumentation/Patientjournalens-innehall-och-funktion/> den 18 03 2016
- Blom Malmberg, K. (2010). *Nutritionspolicy –Riktlinjer för nutritionsbehandling på*. Hämtat från Akademiska sjukhuset: file:///C:/Users/LINDA/Downloads/nutritionspolicy_-akademiska_sjukhuset%20(2).pdf
- Bloomfield, J., & Pegram, A. (2012). Improving nutrition and hydration in hospital: the nurse's responsibility. *Nursing Standard*, 26(34). doi:10.7748/ns2012.04.26.34.52.c9065

- Borgström Bolmsjö, B., Jakobsson, U., Mölsted, S., & Östgren, C. (2015). The nutritional situation in Swedish nursing homes – A longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(1), 128-133. doi: 10.1016/j.archger.2014.10.021.
- Brown, T., Findlay, M., von Dincklage, J., Davidson, W., Hill, J., Isenring, E., . . . Bauer, J. (2013). Using a wiki platform to promote guidelines internationally and maintain their currency: evidence-based guidelines for the nutritional management of adult patients with head and neck cancer. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 26(2), 182-190. doi: 10.1111/jhn.12036.
- Dahl Eide, H., Halvorsen, K., & Almendingen, K. (2014). Barriers to nutritional care for undernourished hospitalised older people. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), 696-706. doi:10.1111/jocn.12562.
- Edlund, K., & Forsberg, A. (2013). *Evidensbaserade vårdplaner-ett instrument för högkvalitativ vård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2013). *Nya VIPS-boken*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken- en handbok i enkätmetodik*. Malmö: Studentlitteratur AB.
- Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. (2003). *Codex-regler och riktlinjer för forskning*. Hämtat från Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden: http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf den 21 03 2016
- Europarådet. (den 12 11 2003). *Resolution RESAP(2003) 3*. Hämtat från Europarådet, Committee of Ministers: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747> den 09 03 2016
- Finlands Riksdag. (den 28 06 1994). *FFS 559/1994*. Hämtat från Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvård : <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1994/19940559#Pidp574544> den 08 03 2016
- Fletcher, A., & Carey, E. (2011). Knowledge, attitudes and practices in the provision of nutritional care. *British Journal of Nursing*, 20(10), 615-620. doi.org/10.12968/bjon.2011.20.10.615
- Florin, J. (2009). Omvårdnadsprocessen. i A. Ehrenberg, & L. Wallin, *Omvårdnadens grunder, Ansvar och utveckling* (ss. 47-79). Kristianstad: Studentlitteratur AB.
- Geurden, B., Wouters, C., Franck, E., Weyler, J., & Ysebaert, D. (2014). Does documentation in nursing records of nutritional screening on admission to hospital reflect the use of

- evidence-based practice guidelines for malnutrition? *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(1), 43-48. doi:10.1111/2047-3095.12011
- Granfors, M. (den 02 02 2015). *Nutrition vid ÅHS*. Hämtat från Nutrition vid ÅHS. den 08 03 2016
- Green, S., James, E., Latter, S., Sutcliff, M., & Fader, M. (2014). Barriers and facilitators to screening for malnutrition by community nurses: a qualitative study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(1), 88-95. doi:10.1111/jhn.12104
- Hamers, J., Huijter Abu-Saad, H., & Halfens, R. (1994). Diagnostic process and decision making in nursing: a literature review. *Journal of Professional Nursing*, 10(3). doi:10.1016/8755-7223(94)90009-4
- Helsingforsdeklarationen. (2013). *Helsingforsdeklarationen*. Hämtat från WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Henderson, V. (1970). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Oskarshamn: Primo.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod-från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 471-478). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 129-137). Lund: Studentlitteratur AB.
- Holst, M., Rasmussen, H. H., & Laursen, B. S. (2011). Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 178-184. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00808.x.
- Jefferies, D., Johnson, M., & Ravens, J. (2011). Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), 317-330. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03502.x.
- Kirkevold, M. (1994). *Omvårdnadsteorier-analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Klinge Härberg, L.-K., & Halvardson Rensfelt, L. (den 01 03 2012). *Mat och måltider med patienten i centrum*. Hämtat från Stockholm läns landsting: [http://www.sll.se/PageFiles/287441/4\)%20M%C3%A5ltidsutredningen%2020120301.pdf](http://www.sll.se/PageFiles/287441/4)%20M%C3%A5ltidsutredningen%2020120301.pdf) den 07 03 2016
- Kondrup, J., Højgaard Rasmussen, H., Hamberg, O., & Stanga, Z. (2003). Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*, 321-336. doi:10.1016/S0261-5614(02)00214-5

- Lane, C., Wedlake, L., Dougherty, L., & Shaw, C. (2014). Attitudes towards and knowledge of nutrition support amongst health care professionals on London intensive care unit. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(2), 339-351. doi:10.1111/jhn.12152.
- Lindh, M., & Sahlqvist, L. (2012). *Säker Vård*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Marshall, P. (2000). *Din guide till Effektiva studier*. Malmö: Liber AB.
- Meehan, A., Loose, C., Bell, J., Partridge, J., Nelson, J., & Goates, S. (2016). Impact of Prompt Nutrition Care on Patient Outcomes and Health Care Costs. *Journal of Nursing Care Quality*, 00(00), 1-7. Hämtat från <https://mail.google.com/mail/u/0/#search/erika.boman%40ha.ax/15418dd7f629dea9?pprojector=1>
- Mudge, A. M., Ross, L. J., Young, A. M., & Banks, M. (2011). Everyone's problem but nobody's job: Staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients. *Nutrition & Dietetics*, 68(1), 41-46. doi:10.1111/j.1747-0080.2010.01495.x
- Munk, L. (2014). *Etiska koder*. Hämtat från Vårdförbundet: <https://www.vardforbundet.se/Min-profession/Yrken-och-Vard-A-O/Etik/Etiska-koder/> den 4 27 2016
- Nestlé Nutrition Institute. (2013). *Mini Nutritional Assessment - MNA Elderly*. Hämtat från Nestlé Nutrition Institute: <http://www.mna-elderly.com/> den 14 04 2016
- Rothenberg, E. (den 28 01 2015). *Ansvarsfördelning - Nutrition*. Hämtat från Vårdhandboken: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Nutrition/Ansvarsfordelning/> den 07 03 2016
- Sidumo, E., Ehlers, V., & Hatting, S. (2010). Cultural knowledge of non-Muslim nurses working in Saudi Arabian obstetrics units. *Curationis*, 33(3), 48-55.
- Skolin, I. (2010). *Näringslära för sjuksköterskor-teori och praktik*. Falkenberg: Norstedts.
- Social- och hälsovårdsministeriet. (2009). *Vi främjar patientsäkerheten tillsammans-Publikationer 2009:4*. Hämtat från Social- och hälsovårdsministeriet: <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/112538/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226522.pdf?sequence=1> den 08 03 2016
- Socialstyrelsen. (2011). *Näring för god vård och omsorg, en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Hämtat från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18400/2011-9-2.pdf> den 02 03 2016

- Statens näringsdelegation. (2005). *Kost och motion i balans - Finska näringsrekommendationer 2005*. Hämtat från Finska näringsrekommendationer, kost och motion i balans:
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.swe.pdf> den 09 03 2016
- Statens näringsdelegation. (2012). *Välfärd ur kosten, handbok till kommunala beslutsfattare*. Hämtat från Statens näringsdelegation:
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/va_lfa_rd_ur_kosten.pdf den 02 03 2016
- Statens näringsdelegation. (2014). *Mat ger hälsa - Finska näringsrekommendationer 2014*. Hämtat från
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/naringsrekommendationer_2014_web.pdf den 17 03 2016
- Wentzel Persenius, M., Hall-Lord, M.-L., Bååth, C., & Wilde Larsson, B. (2008). Assessment and documentation of patients' nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 2125-2136. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02202.x.
- Westergren, A. (2009). Nutrition och ätande. In A.-K. Edberg, & H. Wijk, *Omvårdnadens grunder, hälsa och ohälsa* (pp. 311-345). Kristianstad: Studentlitteratur AB.
- Wichmann, H., Unosson, M., Rothenberg, E., Stene, C., & Bosaeus, I. (2016). Fortfarande klara brister i nutritionsbehandling på sjukhus, enkätstudie med jämförelse mellan åren 2004 och 2014. *Läkartidningen*, 113(16), 1-5. Hämtat från
<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Originalstudie/2016/04/Fortfarande-klara-brister-i-nutritionsbehandling-pa-sjukhusen/>
- Ålands lagsamling. (12 2012). *ÅFS 2011:114*. Hämtat från Hälso- och sjukvård, hälsoskydd och djurskydd:
http://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/page/1_halso_och_h_sjukvard_halsoskydd_och_djurskydd_2012.pdf den 17 03 2016

Nutritionprojektet - frågeformulär

Inom Ålands hälso- och sjukvård pågår ett nutritionprojekt. Detta frågeformulär är tänkt att användas för att bedöma kunskapsläget och eventuellt behov av utbildning inom ramarna för projektet. Materialet kan även komma att användas för att utvärdera insatser, t ex undervisningstillfällen. Resultatet kan komma att publiceras, men i inga sammanhang ska enskilda individer kunna komma att identifieras. Ett ifyllt och återlämnat frågeformulär tas av arbetsgruppen som godkännande att använda data på ovannämnt sätt. Ansvariga för frågeformuläret är Maria Gransfors, Ålands hälso- och sjukvård samt Erika Boman, Högskolan på Åland.

Bakgrundsfrågor

1. Ålder

- ☐ -29
- ☐ 30-39
- ☐ 40-49
- ☐ 50-

2. Yrkeskategori

- ☐ Sjukskötare
- ☐ Närvårdare eller motsvarande
- ☐ Annan, nämligen _____

3. År i omvårdnadsyrket (närvårdare/sjukskötare eller motsvarande)

- ☐ <1 år
- ☐ 1-5 år
- ☐ > 5år

4. Jag arbetar på/inom

- ☐ akutmottagningen
- ☐ barnavdelningen
- ☐ BB/gynavdelningen
- ☐ hemsjukvård/hälsovårdsmottagning

- ☐ hälsocentral
- ☐ intensivvårdsavdelning/uppvak/dialys
- ☐ kirurgiska avdelningen
- ☐ medicinska avdelningen
- ☐ rehabiliteringsavdelningen
- ☐ poliklinisk verksamhet
- ☐ psykiatrisk verksamhet

Geriatriska kliniken

- ☐ Mellangårds
- ☐ Norr-/Östergårds
- ☐ Västergårds

**I samband med nedanstående frågor definieras begreppet nutrition utifrån WHO':
Nutrition är intaget av mat i relation till kroppens näringsbehov.**

5. I vilken utsträckning ansvarar du för patienters nutrition vid er enhet?

- ☐ Inte alls
- ☐ I liten utsträckning
- ☐ Jag är delaktig
- ☐ Jag bär huvudansvarig

6. Vem anser du bär huvudansvaret för patienters nutrition i samband med vård vid din enhet (du bör bara fylla i ett alternativ)?

- ☐ Närvårdare eller motsvarande
- ☐ Sjukskötare
- ☐ Sjukskötare i ledande ställning
- ☐ Läkare
- ☐ Dietist
- ☐ Patienten/närstående

7. Jag anser att vi på vår enhet har tydliga direktiv när det gäller ansvarsfördelning för patienters nutrition.

- ☐ Stämmer helt
- ☐ Stämmer delvis
- ☐ Stämmer i liten utsträckning
- ☐ Stämmer inte alls

8. Vilka insatser, i relation till patienters nutrition, är du delaktig i (flera alternativ kan fyllas i)?

Bedöma patienters näringsstatus

- ☐ Hör till vad jag betraktar som mina dagliga sysslor
- ☐ Jag gör det mer sällan/aldrig

Assistera patienter att äta (matning)

- ☐ Hör till vad jag betraktar som mina dagliga sysslor
- ☐ Jag gör det mer sällan/aldrig

Administrera näring enteralt (per sond)

- ☐ Hör till vad jag betraktar som mina dagliga sysslor
- ☐ Jag gör det mer sällan/aldrig

Administrera näring parenteralt (intravenöst)

- ☐ Hör till vad jag betraktar som mina dagliga sysslor
- ☐ Jag gör det mer sällan/aldrig

Beställa kost från köket

- ☐ Hör till vad jag betraktar som mina dagliga sysslor
- ☐ Jag gör det mer sällan/aldrig

Ordinera/ta beslut om specialkost från köket

- ☐ Hör till vad jag betraktar som mina dagliga sysslor
- ☐ Jag gör det mer sällan/aldrig

Ordinera/ta beslut om näringstillskott (ex näringsdryck, annan form av energiberikning)

- ☐ Hör till vad jag betraktar som mina dagliga sysslor
- ☐ Jag gör det mer sällan/aldrig

9. Om du är delaktig i bedömning av patienters näringsstatus, vad ingår vanligtvis din bedömning (flera alternativ kan fyllas i)?

- ☐ Patientens förmåga att föra maten till munnen
- ☐ Patientens munstatus och förmåga att tugga
- ☐ Patientens förmåga att svälja
- ☐ Vikt
- ☐ BMI (Body Mass Index)
- ☐ Bedömning av patientens underhudsfett
- ☐ Standardiserade skattningsskalor såsom MNA (Mini Nutritional Assessment) och SGA (Subjective Global Assessment)
- ☐ Jag gör inga sådana bedömningar

10. Hur ofta utvärderas patienters nutritionsstatus i regel på din enhet?

11. På vilket sätt följer man i regel patienters näringsintag på er enhet?

- ☐ Det görs i regel inte...
- ☐ ...för det finns inget behov av det
- ☐ ...för vi har inga rutiner för det
- ☐ Vi följer patienters näringsintag med hjälp av

12. Hur sköts dokumentation och överrapportering när det gäller patienters nutrition och nutritionsstatus på din enhet?

11. Utifrån mina arbetsuppgifter och mitt ansvar för patienters nutrition anser jag att jag

☐ har tillräckligt med kunskap, alternativt

skulle behöva mer kunskap om

☐ peroral nutrition

☐ enteral

☐ parenteral nutrition

☐ annat,

nämligen_____

Ev. kommentarer emottages på baksidan av detta blad.

Tack för ditt deltagande